



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE



REGIONE  
LAZIO

DISTRETTO "A" ANAGNI - ALATRI  
ASSISTENZA PROTESICA

Si richiede per il Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

L'autorizzazione alla fornitura dei seguenti dispositivi/ausili protesici, come da prescrizione medico specialistica rilasciata ai sensi del D.M 332/99: \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

- \*copia verbale invalidità \_\_\_\_\_ ;
- \*copia istanza di riconoscimento di invalidità con richiesta di accompagnamento;
- \*autocertificazione di residenza con copia del documento di identità ;
- preventivo di spesa rilasciato dalla Ditta \_\_\_\_\_ ;
- delega rilasciata al Sig. \_\_\_\_\_ ;
- relazione tecnica (solo per montascale) del Tecnico \_\_\_\_\_

\*da allegare solo in caso di prima istanza.

Dichiara sotto la propria responsabilità che il verbale di invalidità allegato alla presente è l'ultimo in corso di validità.

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (riservato all'Ufficio)

FIRMA DEL RICHIEDENTE O SUO DELEGATO

\_\_\_\_\_